

A n a m n e s e b o g e n



DR. ALEXANDER
BREUER &
PARTNER

ZAHNÄRZTE

Patient/in Vorname/Name geb.

Mitglied/Versicherter Vorname/Name geb.

Straße/PLZ/Ort

Telefon oder mobil

Email

Beruf Arbeitgeber

Krankenkasse beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Allgemeiner Gesundheitszustand		Ja	Nein	Zahnmedizinischer Zustand		Ja	Nein
Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch			Zahnfleischbluten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Endokarditisprohylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geräusche im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Blutverdünner (z. B. Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? Kurz gesagt, mit Ihrem Lächeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen im Nacken oder am Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten? (z. B. Hepatitis, TBC, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Augenerkrankungen (z. B. grauer Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nehmen Sie Medikamente ein? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rauchen Sie? Wenn ja wieviele am Tag? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Medikamentenallergie (z. B. Penicilline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Haben Sie Angst vor einer Zahnarztbehandlung? Nein, gar nicht. Ein wenig. Ja, leider schon.

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name und Anschrift)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie zu einem Termin nicht erscheinen können, bitten wir Sie uns rechtzeitig (idealerweise 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligen Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 BGB und § 287 ZPO berechnet werden.

Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung in der Praxis Dr. Breuer & Partner erschienen. Einer Einsichtnahme in meine durch Herrn Dr. Kapaun geführten Praxisunterlagen durch Herrn Dr. Breuer stimme ich zu.

Mir ist bekannt, dass die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ in der Praxis einsehbar sind.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Einwilligung für unser Recall-System

Patient/in _____
Vorname/Name _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter _____
Vorname/Name _____ geb. _____

Straße/PLZ/Ort _____



DR. ALEXANDER
BREUER &
PARTNER

ZAHNÄRZTE

Liebe Patientin, lieber Patient,

wenn Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice haben, darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Bei offenen Fragen wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gern.

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Daten für den Recall-Service verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

SMS: _____

E-Mailadresse: _____

Hinweis: Momentan steht der Service nur für den **SMS-Versand** zur Verfügung. Wir möchten Sie aber bitten, uns Ihre E-Mailadresse für eine evtl. spätere Umstellung ebenfalls schon heute mitzuteilen. Vielen Dank.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)